MAVIDA GROUP

MAVIDA KRANJSKA GORA
Čičare 14, 4280 Kranjska Gora
+386 (0) 4 583 77 02
info.kranjska@mavidagroup.si
www.mavidagroup.eu

PROŠNJA ZA IZVAJANJE STORITVE POMOČI NA DOMU V OBLIKI SOCIALNE OSKRBE NA DOMU

UPORABNIK				
Ime in priimek:				
EMŠO:				
Stalno prebivališče (ulica, kraj, pošta):				
Začasno prebivališča (ulica, kraj, pošta):				
Zdravstveno stanje (ustrezno obkrožite):	☐ pomičen	☐ delno pomičen	☐ nepomičen	
Uporaba MT pripomočka (palica, hodulja, bergle, invalidski voziček)vpišite :				
Ste vključeni v patronažno službo (ustrezno obkrožite): DA NE				
STAN :	☐ samski	☐ poročen	☐ vdovec	☐ razvezan

PODATKI O DRUŽINSKI SKUPNOSTI	
☐ živim sam(a) ☐ živim z možem/ženo ali ☐ zunajzakonskim partnerjem	☐ živim pri drugih sorodnikih ☐ živim pri drugih ljudeh ☐ drugo .....

PODATKI O DRUŽINSKI SKUPNOSTI	
☐ uporabnik/ca ☐ svojci ☐ zdravstvena oz. patronažna služba	☐ socialna služba ☐ drugo .....

IZPOLNJEVANJE POGOJEV/UPRAVIČENOSTI ZA VKLJUČITEV V STORITEV

Ustrezno označite	Upravičenec storitev uveljavlja kot :
☐	Oseba stara nad 65 let, ki je zaradi starosti ali pojavov, ki spremljajo starost nesposobna za samostojno življenje.
☐	Oseba s statusom invalida po zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb, ki po oceni pristojne komisije ne zmorejo samostojnega življenja, če stopnja in vrsta njihove invalidnosti omogočata občasno oskrbo na domu.
☐	Druga invalidna oseba, ki ji je priznana pravica do tuje pomoči in nege za opravljanje večine življenjskih funkcij.
☐	Kronično bolna oseba in oseba z dolgotrajnimi okvarami zdravja, ki nima priznanega statusa invalida, pa je po oceni pristojnega centra za socialno delo brez občasne pomoči druge osebe nesposobna za samostojno življenje.
☐	Hudo bolni otrok ali otrok s težko motnjo v telesnem ali težko in najtežjo motnjo v duševnem razvoju in ni vključen v organizirane oblike varstva.

Pomoč na domu potrebujem pri naslednjih opravilih:

Katere oblike pomoči v okviru storitve socialne oskrbe na domu potrebujete? (ustrezno označite- pri posameznem sklopu se lahko obkroži več oblik pomoči)		
POMOČ PRI TEMELJNIH DNEVNIH OPRAVILIH	A.01 pomoč pri oblačenju slačenju	☐
	A.02 pomoč pri umivanju	☐
	A.03 pomoč pri hranjenju	☐
	A.04 pomoč pri opravljanju osnovnih življenjskih potreb	☐
	A.05 nega in čiščenje ortopedskih pripomočkov	☐
GOSPODINJSKA POMOČ	B.01 prinašanje enega pripravljenega obroka hrane	☐
	B.02 nabava živil in priprava enega obroka hrane	☐
	B.03 pomivanje uporabljene posode	☐
	B.04 osnovno čiščenje bivalnega dela prostorov z odnašanjem smeti	☐
	B.05 postiljanje in osnovno vzdrževanje spalnega prostora	☐
POMOČ PRI OHRANJANJU SOCIALNIH STIKOV	C.01 vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, prostovoljci in s sorodstvom	☐
	C.02 spremljanje upravičenca pri opravljanju nujnih obveznosti	☐
	C.03 informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca	☐
	C.04 priprava upravičenca na institucionalno varstvo	☐

KOSILO
Vrsta kosila: ☐ navadno ☐ sladkorna dieta ☐ želodčno žolčna dieta ☐ .....
Časovni plan: **Dan:** ☐ PON ☐ TOR ☐ SRE ☐ ČET ☐ PET ☐ SOB ☐ NED ☐ PRAZNIKI
Želeni termin izvajanja pomoči:
Želen začetek izvajanja pomoči:
Prosim za izvajanje pomoči na domu tedensko po ..... h.

PODATKI O BLIŽNJIH SORODNIKIH

Ime in priimek	Sorodstveno razmerje	Naslov bivališča	Tel. doma, Mobitel	Tel. služba

ZAKONITI ZASTOPNIK OZ. POOBLAŠČENEC

Zakoniti zastopnik je določen z zakonom ali aktom pristojnega organa na podlagi zakona. Pooblaščenec je tisti, ki ga uporabnik s pooblastilom pooblasti, da ga zastopa v postopku uveljavljanja storitve socialne oskrbe na domu.

Imenovan (ustrezno obkrožite)	Uporabnik Zakoniti zastopnik/pooblaščenec
Ime in priimek (Uporabnika/zastopnika ali pooblaščenca)	
Naslov (ulica, kraj, pošta):	
Telefonska številka:	
Elektronski naslov:	
Podpis vlagatelja:	
Podpis uporabnika:	
Podpis zakonitega zastopnika oz. pooblaščenca:	